

Contribution à l'Etude des abcès froids primitifs de la rate

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille
Le Décembre 1942

PAR

François Marie GERONIMI

né le 20 mars 1911 à Morosaglia (Corse)

*Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale
Diplômé d'Hygiène*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. FIOLE
RECORDIER
JOYEUX
POURSINES

Président

Assesseurs

Marcel LECONTE
Imprimeur-Éditeur
MARSEILLE

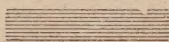
1 9 4 2

TERON

**Contribution à l'Etude
des abcès froids primitifs de la rate**



Contribution à l'Etude des abcès froids primitifs de la rate



T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Marseille

Le Décembre 1942

PAR

François Marie GERONIMI

né le 20 mars 1911 à Morosaglia (Corse)

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale

Diplômé d'Hygiène

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM.

FIOLLE
RECORDIER
JOYEUX
POURSINES

Président

Assesseurs

Marcel LECONTE
Imprimeur-Éditeur
MARSEILLE

1 9 4 2

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE

DE

MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : F. MERCIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE,
OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargés de Cours honoraires : TIAN,

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mme PEROL



Professeurs

Anatomie	CORSY
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale.....	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH.
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MATTEI
Clinique Médicale	MONGES
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	N....
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie Chirurgicale.....	MOIROUD
Pharmacodynamie et Matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	N....
Physique	N....
Thérapeutique	POINSO.
Professeur sans chaire	DUBOULOZ
Professeur sans chaire	SAUTET
Professeur sans chaire	POURSINES

Chargés de cours

<i>Clinique dermatologique</i>	VIGNE
<i>Hydrologie thérapeutique</i>	PIERI

Agrégés en exercice

MM.

BERTHIER
BALANSARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON

MM.

DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Chargés des fonctions d'agrégé

<i>Chimie médicale</i>	DERRIEN
<i>Physiologie</i>	DONNET

Chargés de Cours complémentaires

<i>Anatomie descriptive et topographique</i>	SALMON
<i>Chimie minérale</i>	ARNOUX
<i>Clinique de la tuberculose</i>	BERTHIER
<i>Clinique des maladies contagieuses</i>	PERIOT
<i>Clinique chirurgicale infantile</i>	IMBERT
<i>Clinique stomatologique</i>	ACHARD
<i>Clinique gynécologique</i>	FIGARELLA
<i>Médecine opératoire</i>	DOR
<i>Microbiologie (Pharmacie)</i>	BOYER
<i>Neuro-Chirurgie</i>	ARNAUD
<i>Obstétrique</i>	CHOSSON
<i>Pharmacodynamie (Pharmacie)</i>	DELPHAUT
<i>Psychiatrie</i>	ALLIEZ
<i>Toxicologie</i>	GUILLOT

Je dédie ce travail

A LA MEMOIRE DE MON FRERE DOMINIQUE

Sa vie fut hélas ! trop brève, mais il fut pour nous un vivant exemple de bonté, de travail, et d'affection. Sa perte fut pour nous une grande douleur. Son souvenir demeurera toujours vivant dans notre cœur.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE JEAN

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

Mort pour la France (1914-1918)

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE MATERNELLE

Son souvenir nous est cher.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MA MERE

Modeste témoignage de notre affection et de notre reconnaissance pour tant de dévouement et de sacrifices,

A MON PERE

Son seul souci fut de nous orienter dans le droit chemin. Qu'il trouve ici le faible témoignage de notre gratitude et de notre amour filial infinis,

A MA SOEUR

- Son affection est ma plus grande force. Je lui dois beaucoup et ne saurais jamais lui témoigner assez de gratitude pour tant d'abnégation.

A MES FRERES ANTOINE ET PIERROT

Avec toute mon affection.

A MES ONCLES. A MES TANTES

A MES COUSINES. A MES COUSINS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur FIOLE

Chevalier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux de Marseille

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il soit assuré de notre respectueuse
reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE

Hommage respectueux.

A NOS MAITRES

Respectueusement.

Au Docteur LUCCIONI

Croix de guerre 1939-40
Chef de Clinique Chirurgicale

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidé de ses précieux
conseils au cours de notre travail
qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre reconnaissance.

Au Docteur BONFILS

Il a grandement facilité notre tâche
en mettant à notre disposition des do-
cuments qui nous ont été précieux.

A MON AMI le Docteur Dominique LECA

A MES AMIS les Docteurs :

Laurent CASANOVA

Jean AGUZZI

Joseph MARANINCHI

Félix REYNAUD

FRANTZ Pierre-Charles

A MES AMIS ET PARENTS

Marcel ACQUAVIVA

François ACQUAVIVA

Paul-Louis ALBERTINI

Introduction

Nous avons eu l'occasion de suivre, avec le docteur Luccioni et le docteur Bonfils, une malade qui présentait un abcès froid de la rate.

La nature tuberculeuse de cet abcès ne fait pas de doute, bien que nous n'ayons pu en établir la vérification bactériologique ; mais l'évolution clinique en a porté la preuve. Il s'agissait bien ici d'une localisation splénique en apparence primitive.

Nous avons cru intéressant, à propos de cette observation, de reprendre l'étude des abcès froids primitifs de la rate. Nos recherches bibliographiques nous ont permis de nous rendre compte, qu'il s'agissait là d'une localisation primitive exceptionnelle du B. K. Nous n'avons pu retrouver en effet que six observations auxquelles vient s'ajouter la nôtre, ce qui porte à sept le nombre de cas que nous avons pu réunir pour cette étude.

C'est d'après l'étude de ces observations que nous essaierons d'établir la symptomatologie et la pathogénie de cette affection, et d'étudier s'il est possible d'instituer un traitement efficace.

Historique

Il semble que ce soit Quenu et Baudet qui les premiers aient étudié la tuberculose primitive de la rate en 1898.

Nobécourt, en 1922, apporta l'observation d'un enfant dont la rate présentait deux abcès de petit volume.

François et Lecène, en 1923, apportèrent à la *Société de Chirurgie* un cas d'abcès froid de la rate.

Winternitz, en 1912, sur cinquante cas de tuberculose primitive de la rate, rapporta un cas d'abcès froid rapporté par Hayden. Nous n'avons pu nous procurer cette observation.

Peck, en 1924, opéra et guérit un abcès froid tuberculeux de la rate.

En 1932, Rumold et Orr rapportèrent l'observation d'un cas personnel.

Bloch, en 1907, consacra sa thèse inaugurale à l'étude anatomo-clinique de la tuberculose primitive de la rate.

Scemama (1938) en reprit l'étude dans sa thèse sur les splénomégalias tuberculeuses en général.

Enfin, Lassave à Montpellier, consacra aussi sa thèse aux abcès froids de la rate (1939).

Etiologie et Pathogénie

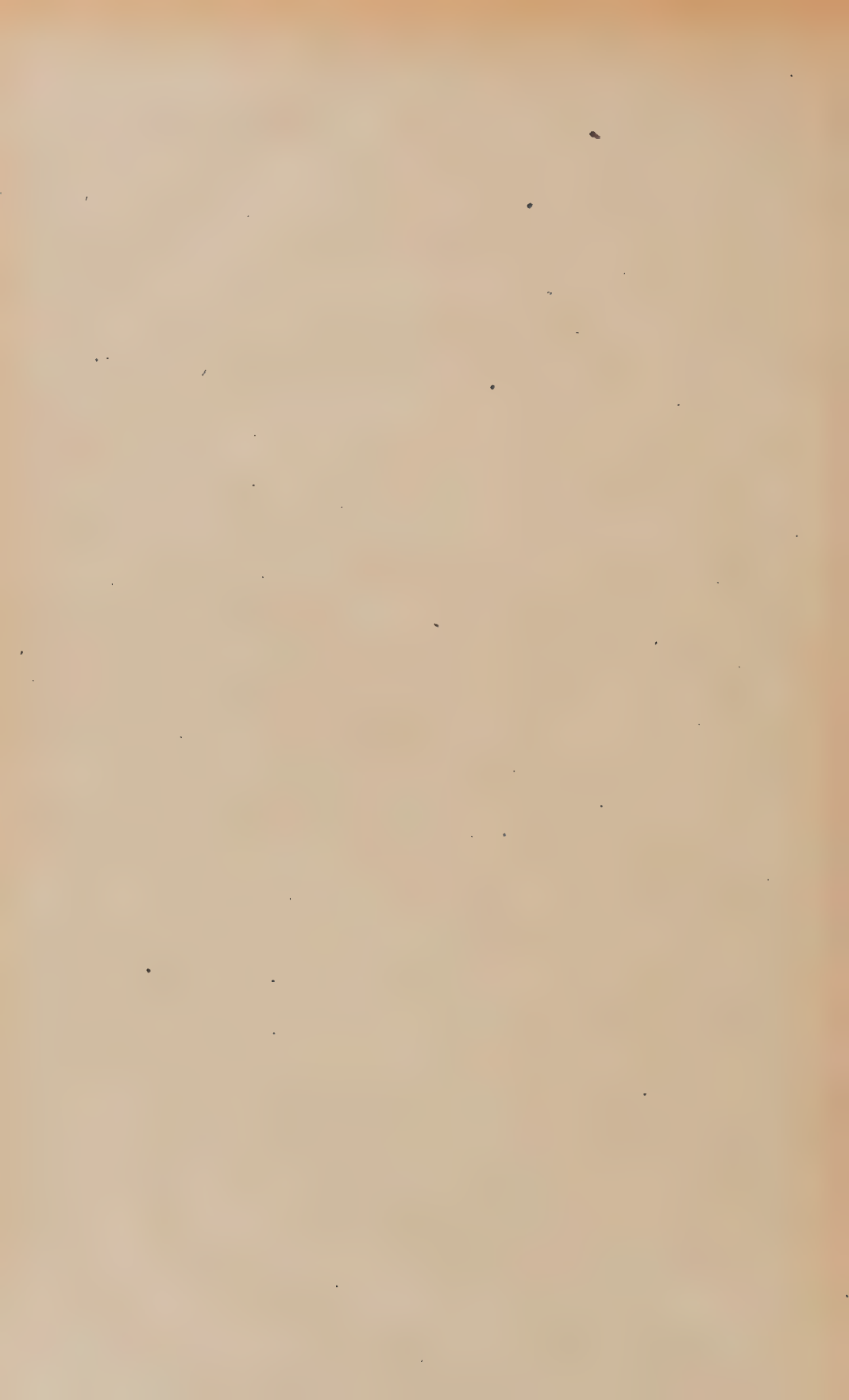
Il importe de préciser tout d'abord ce que l'on entend par abcès froid primitif de la rate. Il est bien entendu que l'abcès froid de la rate n'est jamais primitif, nous voulons entendre par là que l'envahissement de cet organe par le B.K. n'a jamais précédé celui de tout autre organe : à la suite d'une infection de l'organisme dont le point de départ échappe le plus souvent, cet abcès froid a évolué d'une façon étonnante, indépendamment de toute autre affection bacillaire, au point qu'il domine et dirige toute l'évolution clinique.

De l'étude de nos observations, nous relevons peu de facteurs étiologiques dignes d'être notés. Il existe généralement des antécédents bacillaires, soit personnels, soit héréditaires, très utiles pour le diagnostic de l'affection et qu'il faudra rechercher avec soin. Notre malade était indemne de tout passé pathologique.

L'abcès froid de la rate, affection exceptionnelle, est aussi fréquent chez l'homme que chez la femme et semble évoluer de préférence entre 20 et 40 ans. Notre malade avait 41 ans.

Comme nous l'avons dit au début, nous n'avons pu retrouver dans la littérature médicale, y compris la nôtre que sept cas d'abcès froids de la rate.

Quant à la voie d'apport du B.K. au niveau de la rate, il semble que c'est la voie sanguine qui est généralement en cause. Nous n'avons trouvé en effet, aucun cas de tuberculose de la rate par propagation des lésions de voisinage.



Etude analytique de notre observation

Madame Mont... vient consulter le 29 août 1940, pour fatigue générale, et parce que depuis quelques temps elle a remarqué que son ventre augmentait de volume.

Le début de sa maladie semble remonter à quatre mois environ ; il s'est fait uniquement par une asthénie de plus en plus prononcée. Ce n'est que vers la fin de juillet que le ventre a commencé à grossir.

C'est une femme de 41 ans, qui n'a jamais été malade, elle est mariée, mère d'un enfant en excellente santé. Elle n'a jamais eu d'avortement et n'accuse aucun antécédent héréditaire.

C'est une malade pâle, les traits tirés, paraissant amaigrie et son amaigrissement contraste avec le volume de son abdomen qui fait penser à une grossesse de six mois.

A l'examen, on constate la présence d'une ascite moyenne libre, avec sensation de flot et matité dans les flancs, mais sans circulation collatérale, et sans œdèmes.

La rate est considérablement augmentée de volume, dure, régulière, indolore, et son bord inférieur affleure la crête iliaque.

Le foie est plutôt petit.

Il n'y a pas de ganglions.

Rien à signaler au point de vue pulmonaire, ni au point de vue cardiaque, si ce n'est un deuxième bruit légèrement claquant à la base.

Le système nerveux est indemne.

Les organes génitaux sont normaux, la malade étant d'ailleurs parfaitement réglée.

L'examen du sang donne les résultats suivants :

— Globules rouges	3.100.000
— Globules blancs	5.800
— Valeur globulaire	0 95
— Hémoglobine	65 %
— Polynucléaires :	
neutrophiles	81,5 %
éosinophiles	1 %
basophiles	1 %
— Monocytes	3,5 %
— Lymphocytes	11
— Formes de transition ..	2

Le B.W. est négatif.

Il n'y a rien dans les urines.

L'étude du caillot montre :

— sédimentation des hématies puis coagulation plasmatique au bout de 25 minutes.

— Rétraction incomplète du caillot, avec quelques gouttes seulement de sérum, au bout de 10 heures, pas de redissolution.

La ponction de la rate ne donne que du sang et ne montre la présence d'aucun parasite.

La malade est mise en observation, la température prise régulièrement oscille entre 38 le matin et 39°5 le soir. Elle est vue en consultation : le diagnostic de cirrhose mélasplénomégaly d'origine spécifique est porté.

On institue un traitement au cyanure de mercure, traitement poursuivi une vingtaine de jours, sans grand succès, puisque la température oscille entre 39 et 40, tandis que l'amaigrissement s'accroît pendant que l'ascite augmente et que la rate est toujours aussi volumineuse.

A ce moment, une radiographie pulmonaire pratiquée par le Docteur Astier montre un parenchyme pulmonaire normal, mais avec une scissurite à droite qui nous fait penser à la possibilité d'une péritonite tuberculeuse. Et en effet, deux ou trois jours après apparaît une pleurésie double, augmentant rapidement de volume, ayant tous les caractères d'une pleurésie tuberculeuse.

La ponction du liquide d'ascite avait donné :

- liquide opalescent avec petit caillot de fibrine.
- albumine 18 gr. 40.
- réaction de Rivalta positive.

Cytologie :

- lymphocytes 90 p. 100
- polynucléaires 10 p. 100
- rares hématies.
- quelques cellules endothéliales sans caractère spécial.

Bactériologie : néant.

Au cours d'une nouvelle consultation, on porte le diagnostic de tuberculose péritonéo pleurale avec rate tuberculeuse et on institue un traitement par les sels d'or, qui très mal supporté, doit être rapidement interrompu et remplacé par antigène méthylique et bleu de méthylène intra-veineux.

Dès lors, la maladie a évolué avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation (pleurésie et ascite augmentant après ponction), la température s'est toujours maintenue entre 38 et 39.

Mauvais état général : appétit conservé.

Au début de février 1941, la pleurésie a entièrement disparu, l'ascite a diminué, on décide avec le docteur Lucioni l'ablation de la rate.

Intervention.

A lieu le 10 mars 1941. On a pratiqué la veille, une transfusion de 200 cc. de sang. On pratique l'anesthésie locale, étant donné l'état précaire de la malade ; celle-ci a reçu au préalable une injection de 0,01 centigramme de morphine.

Incision sous-costale gauche de Kocher, et dès l'incision du péritoine, s'écoule une grande quantité de liquide d'ascite qu'on évacue par aspiration.

L'exploration montre une rate volumineuse, occupant tout l'hypocondre gauche et atteignant même la fosse ilia-

que gauche. Elle est recouverte de nombreuses adhérences avec le gros intestin, avec le colon transverse et l'estomac ; d'autre part, l'épiploon adhère solidement à la face externe de la rate au niveau de sa partie moyenne. En libérant cette adhérence épiploïque, on constate qu'elle obturait l'orifice de perforation d'un abcès froid de la rate occupant la partie moyenne de la face externe et de la grosseur d'une mandarine environ.

Cet abcès contenait un pus louche, blanchâtre présentant tous les caractères extérieurs du pus tuberculeux, renfermant plusieurs grumeaux.

La rate est libérée sur tout le restant de sa surface, — ce temps de libération étant un petit peu douloureux — l'anesthésie est complétée par quelques bouffées d'éther — Section et ligature séparée du pédicule gastro-splénique. Ablation de la rate.

On met un drain au niveau de la loge splénique ; l'anesthésie à l'éther est arrêtée. On ferme la paroi en deux plans.

L'opération a duré une quarantaine de minutes ; la malade est peu choquée et semble l'avoir supportée aisément.

TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE.

Transfusion de 200 cc. de sang. On fait une injection sous-cutanée quotidienne de sérum physiologique, deux ampoules d'extrait per-hépatique et d'extrait splénique, et les toni-cardiaques habituels.

Dès le premier soir, la température, qui a oscillé entre 38 et 39, les jours précédents, ne dépasse pas 37°8. Elle se maintient à 37°5, 37°8 les quatre jours suivants.

L'état général est bon ; à partir du cinquième jour, la malade qui avait uriné normalement jusqu'à présent, n'urine presque plus ; le sixième jour l'anurie est totale. Malgré l'injection de Théobryl, de sérum glucosé, la diurèse ne s'améliore pas.

Le septième jour, la malade entre dans le coma et meurt.

Il n'a pu être pratiqué d'autopsie.

EXAMEN DE LA RATE.

Macroscopique : il nous montre la présence d'un abcès du volume d'une mandarine occupant le milieu du corps de l'organe, et contenant un pus grumeleux, louche, ayant tous les caractères extérieurs du pus bacillaire. Cet abcès présentait sur le milieu de la face externe de la rate une perforation de la surface d'une pièce de vingt sous. Cette perforation était complètement bouchée par le grand épiploon qui adhérait solidement à la face externe de l'organe. Le reste du parenchyme splénique paraissait rigoureusement normal, en dehors d'une hypertrophie généralisée.

Microscopique :

a) — *L'examen histologique* pratiqué par le Dr Laval montrait : présence de lésions de cirrhose généralisée de toute la partie hypertrophiée de la rate, cependant que la région de l'abcès présentait des lésions histologiques rappelant celles de l'infarctus blanc.

b) — *L'examen bactériologique* du pus de l'abcès ainsi que du liquide d'ascite recueillis au cours d'opération n'a pu être pratiqué, les échantillons ayant été égarés par le personnel de la clinique.

Commentaires. — Bien que nous n'ayons pu avoir la vérification bactériologique de la nature bacillaire, nous pensons qu'il s'agissait là d'un abcès froid et certainement d'origine tuberculeuse de la rate ; d'ailleurs l'histoire clinique de la malade semble en donner la preuve.

En nous basant sur les arguments anatomiques et cliniques, on peut dire qu'il s'agissait là d'un abcès froid primitif de la rate :

Arguments cliniques : la malade a indiscutablement débuté par la splénomégalie. L'ascite a suivi peu après : l'examen du liquide d'ascite semblait d'ailleurs être en faveur d'un liquide d'origine inflammatoire ; l'atteinte pleurale vint secondairement confirmer l'origine tuberculeuse de l'ascite.

Arguments anatomiques : l'examen de la pièce opératoire a incontestablement montré la présence d'un abcès froid de la rate, perforé dans la cavité péritonéale, mais dont la perforation s'est trouvée bouchée par l'adhérence épiploïque.

En définitive, il semblerait que les événements se soient passés de la façon suivante :

Abcès froid de la rate, se perforant dans le péritoine et donnant lieu à une péritonite tuberculeuse à forme ascitique et par la suite à une généralisation pleuro-pulmonaire.

Les autres observations

(six cas relevés dans la littérature)

OBSERVATION I

QUENU et BAUDET. — *Revue de Chirurgie et gynécologie abdominale*. Avril 1898.

Femme de 24 ans. On relève des cas de bacillose parmi ses ascendants.

Réglée à 15 ans, arrêt des règles de 19 à 21 ans.

Adénites dans le jeune âge, depuis trois ans, elle contracte des bronchites tous les hivers.

En mai 1895, la malade constata pour la première fois une tumeur de l'hypocondre gauche, tumeur douloureuse qui l'empêche de marcher et de respirer, ces douleurs disparaissent bientôt pour faire place à une sensation de gêne, de pesanteur dans le côté gauche.

En novembre 1896, la tumeur, jusque là stationnaire, s'accroît brusquement ; les douleurs revinrent et la malade entra à l'hôpital en avril 1897.

A l'examen, on trouva dans l'hypocondre gauche une tumeur mobile, lisse, plastique, qui se perdait en arrière de la région lombaire.

L'anémie paraissait très marquée, quoique le nombre des globules rouges fût normal, anorexie, constipation, parfois coliques intestinales, amaigrissement, aucun signe de tuberculose pulmonaire. Température normale.

OPÉRATION LE 15 AVRIL 1897.

On fit une incision sur le grand axe de la tumeur, c'est à-dire sur le prolongement de la ligne axillaire. Cette inci-

sion débordant de 1 centimètre le rebord costal, on l'agrandit à l'aide d'une incision transversale, perpendiculaire à la première, au niveau de son extrémité supérieure, en la dirigeant vers la ligne médiane.

Le péritoine ouvert, on trouve une tumeur du volume d'une tête d'adulte, de coloration gris blanchâtre et à tel point fluctuante qu'elle fit penser à un kyste hydatique. En soulevant la paroi, on constata que le tissu splénique reprenait brusquement sa coloration violacée normale à la partie moyenne.

L'ensemble de cette masse était constitué par deux segments : un segment supérieur par la rate saine ; un segment inférieur par la tumeur.

Les adhérences étaient nombreuses et serrées, l'extirpation fut impossible.

On incisa la tumeur dont on sutura les bouts au bord de la plaie abdominale, drainage.

Les jours suivants : élimination considérable des masses fibroïdes gangréneuses et liquide louche à odeur fétide.

L'examen bactériologique y révéla la présence de bacille de Koch ; une inoculation au cobaye donne un résultat positif.

Dès que la plaie fut cicatrisée, la malade put se lever et marcher : la guérison fut complète au bout de quatre mois.

L'état général devint excellent, il persista seulement une fistule au niveau de la plaie abdominale.

EXAMEN DU SANG :

10 mai 1897 :

Globules rouges.. ..	4.495.000
Globules blancs.. ..	6.300

28 novembre 1897 :

Globules rouges.. ..	4.619.000
Globules blancs.. ..	6.696



OBSERVATION II

NOBECOURT ET NADAL. — Splénomégalie tuberculeuse. Volumineux tubercules caséeux de la rate. *Société de Pédiatrie*, 20 juin 1922.

La rate que nous présentons à la Société, nous a paru intéressante en raison de la rareté chez l'enfant de cette forme anatomo-pathologique de la tuberculose splénique, en raison aussi de l'histoire clinique de la maladie.

Observation du malade. — Il s'agissait d'un enfant de 7 ans François Q... (D. 4.480) amené pour mauvais état général à la consultation de M. Lereboullet et hospitalisé le 10 décembre 1921, à la clinique médicale.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Parents bien portants. Mère atteinte de strabisme convergent, trois autres enfants bien portants : deux ont été examinés, une sœur âgée de 6 ans a également un strabisme interne droit. Une sœur de 2 ans a un crâne un peu volumineux, un enfant est mort du croup. La mère a fait également une fausse couche de deux mois.

Antécédents personnels. — Né à terme, pesant 4 kilogrammes, a été nourri à l'allaitement mixte jusqu'à 2 ans et demi. Première dent à 7 mois, n'a marché qu'à 2 ans. Coqueluche à 4 ans. Bronchite à 6 ans. S'enrhume fréquemment l'hiver et a un coryza presque chronique. L'enfant a habité la Lozère jusqu'à 5 ans et demi, puis est venu à Paris.

Histoire de la maladie. — Depuis le mois de septembre 1921 l'enfant maigrit, bien qu'ayant conservé l'appétit et en l'absence de tout trouble digestif. De temps en temps il a la nuit des quintes de toux avec petits accès de suffocation.

Examen de l'enfant. — Enfant pâle, mais sans cyanose, peu développé et amaigri ; taille 1 m. 05, poids 17 kilogrammes. Petits signes de rachitisme : un peu de genu valgum, bourrelet sus malléolaires, gros crâne avec bosses pariétales et frontales très développées.

On constate, comme chez la mère et comme chez une sœur, un strabisme convergent par paralysie du droit interne de l'œil gauche (M.^r Poulard). Le ventre est mou et la paroi abdominale est le siège d'une éventration médiane reliquat du gros ventre rachitique qu'a eu pendant longtemps l'enfant et qui aurait fait parler d'ascite à plusieurs médecins, il y a quelques années. Actuellement, il n'y a pas d'ascite, pas de circulation veineuse collatérale.

Le foie est gros ; il mesure 10 centimètres sur la ligne mamelonnaire et déborde des fausses côtes de 8 centimètres.

La rate est énorme ; elle mesure 16 centimètres sur 9 centimètres. Elle forme, dans l'abdomen, une tumeur volumineuse, lisse, dure, avec un bord antérieur crénelé.

Le cœur est normal à la percussion et à l'auscultation.

Il existe une adénopathie trachéo-bronchique révélée par une submatité paravertébrale droite avec respiration soufflante dans la même région.

La radioscopie (M. Duhem) montra que cette adénopathie est bilatérale avec réaction péri-ganglionnaire. La base gauche est un peu embrumée : on trouve d'ailleurs à l'auscultation de cette base quelques râles sous-crépitaux assez gros.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive.

Les urines ne contiennent ni sucre ni-albumine.

L'examen du sang, pratiqué par M. Tixier, donne les résultats suivants :

Globules rouges	3.600.000
Globules blancs	8.000
Valeur globulaire	70 %
Polynucléaires neutrophiles	62 %
— éosinophiles	1 %
Grands mononucléaires	7 %
Mononucléaires moyens	7 %
Lymphocytes	23 %

Aucune forme cellulaire anormale, ni myélocytes, ni hématies nucléées.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Elle l'est également chez la mère et deux sœurs du petit malade.

L'enfant reste dans le service jusqu'au 21 décembre avec une fièvre à grandes oscillations, un amaigrissement progressif et un état général très précaire.

Le 21 décembre 1921, l'enfant a un coryza séropurulent abondant. Un examen rhinoscopique (M. Vassal) fait voir des fausses membranes à caractère diphtérique, diagnostic confirmé par la culture des sécrétions nasales. La gorge est absolument indemne.

L'enfant est hospitalisé dans le pavillon de la diphtérie du 21 décembre au 12 février 1922. Pendant ce séjour, la température entre 37-38° le matin et 39-40° le soir. Il a reçu trois injections de sérum antidiphtérique (30 cm³, 60 cm³ et 40 cm³).

Deux examens du sang ont été pratiqués qui ont donné des résultats tout à fait comparables au premier examen. Le poids est resté à peu près stationnaire, 16 kgr. 500. Le volume de la rate et du foie n'ont pas varié. On entend dans les poumons quelques râles sibilants et ronflants disséminés.

Le 19 février, l'enfant a des vomissements incessants avec odeur acétonique de l'haleine. Les urines contiennent une forte proportion d'acétone et une grande quantité d'acide diacétique. Ces éléments ne persistent pas dans les urines ; ils ont disparu le 22 février. La température est devenue à peu près normale, l'enfant tombe dans un état de somnolence permanent avec fixité du regard. Une ponction lombaire confirme le diagnostic de méningite tuberculeuse qui se traduit ensuite par les signes cliniques évidents : raideur de la nuque, Kernig, paralysies oculaires.

Par suite de l'amaigrissement rapide (3 kilogrammes en 6 jours) la tumeur splénique se dessine sous la paroi abdominale.

L'enfant succombe le 2 mars.

AUTOPSIE :

Cerveau : lésions banales de la méningite tuberculeuse. Granulations et exsudats fibrino-purulents prédominants à la base et dans les scissures de Sylvius. Dilatation des ventricules. Pas de tubercule cérébral.

Poumons : Semis et granulations tuberculeuses récentes dans les deux poumons. Chancre d'inoculation caséux à la base gauche.

Médiastin : Les ganglions médiastinaux et hilaires sont augmentés de volume, deux ganglions sont caséifiés.

Foie : Présente sous la capsule de nombreuses petites granulations tuberculeuses. Il en existe également dans le parenchyme. Quelques ganglions mésentériques sont hypertrophiés.

Reins : Quelques rares granulations tuberculeuses visibles sous la capsule.

Rate : La rate est énorme (740 grammes, un vingtième du poids du corps au lieu de un quatre-centième) sans adhérences épiploïques.

Elle a conservé sa forme extérieure, cependant ses deux pôles sont un peu renflés. Quelques nodules font saillie sur la face interne près du pôle supérieur. La coloration est un peu blanchâtre en certains points et on voit sous la capsule de petites granulations tuberculeuses. La consistance est fluctuante.

A la coupe, il s'écoule 20 cm³ environ d'un liquide séropurulent, grumeleux. La surface de section est presque entièrement constituée par deux tubercules caséux du volume d'une mandarine et contigus. Leur centre ramolli s'est évacué pendant la section et ces deux foyers de ramollissement forment de véritables cavités d'abcès froid.

Le tissu splénique n'existe plus qu'à la périphérie, on voit encore dans ce parenchyme de nombreux tubercules plus petits, du volume d'une noisette à un pois, ainsi que des granulations tuberculeuses récentes.

Cette observation est intéressante à divers points de vue.

— *Du point de vue anatomo-pathologique.* — Il s'agit d'une forme rare, plus encore chez l'enfant que chez l'adulte, de tuberculose splénique avec tubercules caséifiés

et ramollis, véritable abcès froid de la rate. Si on fait abstraction de la granulie terminale dont on trouve des lésions sur les différents organes, il n'existait que deux tubercules anciens, caséifiés dans le médiastin et un tubercule pulmonaire de petit volume. La rate est le siège de grosses lésions tuberculeuses, lésions déjà anciennes puisque le volume de la rate est resté le même pendant les trois mois d'hospitalisation. Cette tuberculose splénique semble donc appartenir aux formes de tuberculoses dites primitives de la rate, très rares chez l'enfant malgré la fréquence des lésions spléniques dans la tuberculose infantile. Lefas, dans sa thèse (Paris 1903), n'en avait recueilli que trois cas chez des enfants de 1 an, 6 ans et 9 ans. Et il s'agissait de tubercules à l'état de crudité. Notre cas est comparable à celui rapporté par Quenu, chez un adulte : il s'agissait d'un pseudokyste contenant des bacilles de Koch qui fut traité par l'exosplénopexie.

— *Du point de vue clinique*, le diagnostic de tuberculose hépato-splénique n'avait pu être fait par élimination.

La syphilis pouvait être soupçonnée, par suite du strabisme familial, du rachitisme crânien, mais la réaction de Wassermann était négative chez le malade ainsi que chez sa mère et ses deux sœurs. L'absence de conditions étiologiques et de parasites dans le sang faisait éliminer les affections parasitaires, paludisme, Kala-Azar. Il n'existait pas de néoplasme pouvant faire penser à une généralisation splénique. L'absence de modifications hématologiques, en dehors d'une très légère anémie, faisait éliminer les leucémies, les anémies pseudo-leucémiques.

L'étiologie tuberculeuse des manifestations hépato-spléniques se basait, par contre, sur la fièvre à grandes oscillations, sur la coexistence d'une adénopathie trachéo-bronchique évolutive.

Un autre point à noter dans cette observation est l'existence d'une acétonurie importante au début de la granulation terminale à prédominance méningée, acétonurie qui semblait en rapport avec les vomissements incoercibles. Après la disparition de l'acétonurie, les vomissements ont persisté, quoique atténués, jusqu'à la période terminale de la méningite. L'enfant n'avait jamais eu de vomissements à caractère périodique.

OBSERVATION III

FRANÇOIS et 2^{ECÈNE}. — Tuberculose de la rate à forme d'abcès froid ; splénectomie, guérison. *Société de Chirurgie*, 3 juillet 1923.

HAT... (Odette), âgée de 14 ans et demi. Entrée à l'hôpital de Versailles, le 13 octobre 1921.

Antécédents. — Père et mère bien portants.

Comme antécédents personnels, on note, dans le très jeune âge, une coqueluche. Il y a trois ans, une rougeole qui a évolué normalement. L'année dernière une bronchite affection à laquelle l'enfant ne semble pas, d'après les renseignements qu'elle fournit, être sujette.

Maladie actuelle. — Il y a trois mois, la malade consulte un médecin, à cause de troubles légers, s'accompagnant d'un certain état anémique (pâleur, conjonctive décolorées, dysménorrhée). Elle est traitée pour paludisme, sur la constatation d'une matité splénique assez considérable. La température ne semble pas, d'après ses indications, s'être élevée au-dessus de 38°. Aucun accès passager d'hyperthermie n'a été noté. Entre temps, une légère pleurésie sèche du côté gauche s'est manifestée qui, cliniquement, n'a laissé aucune trace.

Depuis cette époque, la jeune malade a constaté qu'une voussure était apparue, siégeant dans la région inférieure et latérale gauche du thorax, correspondant à la topographie splénique. Cette localisation a disparu.

Actuellement, une tumeur s'est développée, de façon indolore, dans l'hypocondre gauche qu'elle fait bomber.

La palpation la délimite nettement : son rebord interne descend des fausses côtes gauches vers l'ombilic, en empiétant légèrement sur la ligne médiane. A un travers de doigt au dessus de l'ombilic, il s'incline à gauche et descend obliquement en bas et en dehors pour finalement se confondre avec la masse lombaire. D'un relief égal, lisse et tendue, la tumeur présente une consistance rénitente.

La percussion permet de la délimiter nettement en dedans et en bas. On la voit ainsi séparée, en dedans, de la matité hépatique, par une bande sonore et se confondre en

haut et en dehors avec la matité splénique. La malade prétend ressentir à la percussion, une sensation de flot, mais cette sensation semble plutôt répondre à une dilatation gastrique avec une stase alimentaire, car elle est surtout manifeste après les repas.

Enfin la tumeur donne très nettement le contact lombaire.

Appareil digestif. — Rien de très particulier : la malade conserve bon appétit et ne se plaint d'aucune gêne spéciale. Les digestions, qui semblent longues, ne sont nullement pénibles. Aucune constipation.

Appareil respiratoire normal. — Il ne subsiste aucune trace de la pleurésie.

Appareil circulatoire. — Cœur bien frappé, tout à fait normal ; pouls à 77 ; température constamment à 37°.

Appareil urinaire. — Aucun trouble de la sécrétion urinaire. Urines limpides, ne contenant ni sucre ni albumine. On ne réveille aucune douleur à la palpation des reins.

Appareil génital. — Jeune fille normalement développée. Réglée à quatorze ans, de façon, dit-elle, assez douloureuse. À signaler qu'elle n'a vu ses règles que deux fois. Depuis sa maladie, c'est-à-dire environ trois mois, les règles ont cessé.

Système nerveux normal. — Réflexes patellaires, achilléens, plantaires, normaux. La sensibilité est parfaite.

EXAMEN DE LABORATOIRE.

Radiographie : Région rénale gauche, pas de calcul apparent.

Radioscopie : On note :

a) — Une très forte aérophagie, avec bruit de flot (clapotement) perceptible à distance.

b) — Une masse opaque, située dans l'hypochondre gauche et s'estompant vers le flanc. Elle paraît séparée de l'ombre hépatique par la très vive clarté de la poche à air gastrique. Le foie est petit et sensiblement remonté.

c) — Il ne semble pas que la masse perçue au palper soit d'origine hépatique, mais splénique ou juxta-splénique.

d) — Du côté du thorax, on note de légères adhérences costo-diaaphragmatiques gauches, par réaction de la plèvre (pleurite sèche).

Eosinophilie : négative.

Réaction de Weinberg : négative.

Cuti-réaction à la tuberculine : faiblement positive.

Cystoscopie : Pour éliminer toute possibilité d'hydro-néphrose congénitale, un cathétérisme est pratiqué, qui montre une perméabilité complète, sans aucune rétention.

Opération le 15 décembre 1921 : Anesthésie à l'éther.

Incision transversale allant de l'extrémité de la dixième côte à la ligne médiane. La malade étant placée sur un billot au niveau de la région lombaire, l'incision donne un jour très suffisant qui permet de reconnaître qu'il s'agit d'une tumeur kystique de la rate.

Sur la tumeur, l'épiploon largement étalé présente des adhérences faciles à libérer après quelques ligatures.

La main est alors introduite et après avoir libéré les adhérences postérieures et supérieures, également lâches, parvient à faire le tour complet de la tumeur. Il se produit un suintement hémorragique assez important, mais peu inquiétant.

A ce moment, on cherche à énucléer la tumeur, mais on n'y parvient pas ; nous sommes bridés par la paroi abdominale. Nous branchons alors une incision médiane verticale sur l'incision primitive, ce qui nous permet de relever tout le quadrant supérieur gauche de la paroi abdominale jusqu'au rebord costal.

Spontanément, alors, dans un effort de la malade, la tumeur s'accouche d'elle-même et nous vient dans la main. On constate qu'elle contient une poche kystique de la grosseur d'une tête d'enfant de deux ans, de couleur blanchâtre, sur laquelle s'étale la rate augmentée de volume et aplatie.

Kyste et rate sont intimement fusionnés et il ne faut pas songer à les séparer. La splénectomie est la seule opération possible.

Elle se fait facilement, le pédicule splénique étant long et mince. La ligature s'en fait dans de bonnes conditions et le pédicule est enfoui sous un bourrelet épiploïque.

Après déterision de la cavité laissée par l'ablation de la tumeur, un gros drain est laissé dans le fond et sort par l'angle gauche de la plaie.

La paroi est refaite en trois plans.

Les suites furent tout à fait normales, pas de fièvre, aucune réaction locale ou générale. Le drain est enlevé le troisième jour et la malade sort de l'hôpital quinze jours après son opération.

La malade a été revue guérie et très bien portante en Mai 1923, soit dix-huit mois après l'opération.

EXAMEN DE LA PIÈCE.

Macroscopiquement : la pièce présente assez l'aspect d'une grosse brioche, dont la partie supérieure est représentée par la rate aplatie et étalée, notablement augmentée de volume dans son ensemble.

La partie inférieure était constituée par une poche blanchâtre du volume d'une grosse tête de fœtus. Cette poche fut ponctionnée à travers la rate et il en sortit un liquide ayant absolument l'aspect du pus tuberculeux.

Microscopiquement : On trouve, à l'examen de la paroi de cet abcès froid splénique, une zone de substance caséuse, finement granuleuse, avec des fragments de noyaux cellulaires.

Cette zone est séparée du tissu splénique par un tissu conjonctif qui forme une paroi au kyste.

La nature tuberculeuse de la lésion est signée par la présence, dans le tissu splénique, à proximité du centre

caséux de nombreuses cellules épithélioïdes et de quelques cellules géantes typiques (rares d'ailleurs). Dans les régions plus éloignées de la lésion, on note, çà et là, l'existence de petits infarctus dans le parenchyme splénique.

A l'immersion, on reconnaît quelques bacilles de Koch.

L'abcès contenait environ trois quarts de litre de pus.



OBSERVATION IV

PECK. — Kyste tuberculeux de la rate. Splénectomie, guérison. *Surgery, gynécologie and obstétries*, T. XXXIX n° 2, Août 1924.

Chez un nègre de 26 ans, syphilitique avéré ($W = +$) venu consulter pour de vagues phénomènes d'impuissance génitale, se découvre l'existence d'une volumineuse tumeur remplissant la moitié gauche du ventre et que l'examen clinique, aidé de la radiographie, montre comme étant indiscutablement une splénomégalie.

La masse a évolué insidieusement, ne produisant qu'une certaine gêne par son poids et sans que l'état général en soit notablement altéré.

Le poids reste normal, l'anémie est légère (G. R. 4 millions ; $H = 65$ pour 100).

La formule sanguine n'est pas modifiée.

On ne note rien au niveau des poumons. Il existe toutefois au niveau du cou, des aines et des aisselles, d'abondants petits ganglions durs et mobiles. L'un d'eux prélevé est reconnu tuberculeux.

Peck pratique une splénectomie. L'exérèse est pénible, le pôle supérieur de la rate adhère au diaphragme et à l'angle colique.

Au cours de la libération, un kyste a contenu blanc-jaunâtre se rompt, l'hémostase est difficile enfin, on réussit à sortir la rate qui pèse le poids formidable de 3.270 grammes. Heureusement le pédicule est long, mince, facile à lier. Durée de l'intervention : 1 h. 45 ; choc assez marqué que l'on combat par une transfusion immédiate.

Le malade guérit sans incident et sort le vingt-cinquième jour.

EXAMEN DE LA PIÈCE.

Rate : 3.270 grammes.

Les deux tiers de l'organe ne forment qu'un gros kyste multiloculaire dont une des poches s'est rompue au cours de l'extirpation.

Histologiquement, on ne trouve pas une structure typique de tuberculose, mais un cobaye inoculé et sacrifié au troisième jour, présentait des lésions de granulie généralisée des plus nettes.

Chez ce malade, en dehors d'une légère adénopathie, il n'existait pas de lésions cliniquement appréciables.

Peck pense qu'il s'agissait d'une tuberculose vraisemblablement primitive.

* * *

OBSERVATION V

RUMOLD ET ORR. — *Annal of Surgery*, 3 septembre 1932.

A. B., femme âgée de 32 ans, fut admise à l'hôpital le 19 juillet 1930. Environ deux ans avant son admission, elle nota une masse de la grosseur d'une petite orange, juste au dessous du rebord costal gauche, environ à 13 cm. 5 à gauche du milieu de l'abdomen. Cette masse garda le même volume pendant deux mois environ. A partir de cette date, elle commença à grandir rapidement. La malade nota que la masse était à développement sous-costal, déterminant une voussure de la base gauche. Pendant les mois qui succédèrent, elle parut s'accroître en soulevant les côtes. En janvier 1930, le rebord costal remonta un peu et la tuméfaction apparut un peu plus bas dans la partie gauche de l'abdomen. En Mars 1931, elle remplissait en entier la partie gauche de l'abdomen. La malade avait une sensation de flot, comme s'il y avait eu du liquide dans l'abdomen. Elle n'avait éprouvé aucune gêne à cause de la masse, sauf environ une semaine avant son

admission à l'hôpital. A ce moment, elle ressentit une douleur au-dessus de la région vésicale pendant une journée seulement. Elle n'avait aucun trouble urinaire ou menstruel. Il y avait diminution de poids et de force. A son admission, elle avait une température normale avec pouls instable variant de 80 à 120, pendant la semaine suivante, la température, à plusieurs reprises, monta à 101, et atteignit une fois 103. Le reste du temps, la température fut dans les limites normales ; l'émaciation et l'anémie étaient marquées. La masse, dans l'abdomen gauche s'étendait du diaphragme au pubis et au-delà de la ligne médiane sur la droite. La masse paraissait remplir l'abdomen. Il y avait une ondulation liquide nette dans cette masse. Elle n'était ni tendue, ni ébranlée par la respiration. A la limite inférieure de la masse, il y avait une surface ferme avec quelques irrégularités. L'analyse sanguine était normale. L'épreuve du fonctionnement des reins était normale avec quelques globules de pus. Le B. W. et le Xhan furent tous deux (++++) très positifs ; une anémie secondaire avec 3.400.000 globules rouges, 52 pour 100 d'hémoglobine et 6,15 pour 100 de globules blancs avec 70 pour 100 de polynucléaires.

Examen radiographique. — La radiographie des reins, des uretères, et de la vessie montre le rein droit en position normale. Le rein gauche est déplacé vers le droit et repose à l'angle formé par l'épine dorsale et la crête de l'iléon droit. L'abdomen gauche en entier montre une ombre large et uniforme, homogène, faisant penser à une large masse tumorale qui a poussé le rein gauche dans la position qu'il occupe maintenant. La radio de la poitrine montre des champs pulmonaux clairs, sauf une infiltration légère dans l'angle costo-diaphragmatique droit. Les coupes diaphragmatiques sont élevées, mais de contours normaux. Pas de lésion en activité évidente dans les poumons. L'opération exploratrice fut faite le 29 juillet 1930, et une grosse tumeur splénique fut démasquée. On y trouva un kyste, où on aspira du pus. Elle était très adhérente au diaphragme sur une large surface. Pendant qu'on tentait de dégager la rate du diaphragme, on la déchira et le pus souilla la cavité péritonéale. La quantité de pus aspiré

mesurait 5.500 cm³. La rate fut complètement enlevée. Les suites opératoires furent plutôt mauvaises pendant quelques jours. Le dixième jour, la malade fit une entérite. Elle devint mécontente et quitta l'hôpital contre notre avis, le quinzième jour après l'opération. Elle mourut chez elle quatre-vingt-deux jours après l'opération d'une tuberculose généralisée. Son autopsie ne fut pas obtenue.

Anatomie pathologique. — La pièce est une volumineuse rate kystique, mesurant 20 centimètres sur 26 centimètres et 15 centimètres. La surface est régulière et symétrique, il y a de nombreux points consistants, fibreux, hémorragique et adhérents qui parsèment la surface. Une face est rouge pourpre, et mesure 22 centimètres sur 18 centimètres. Elle représente le tissu splénique aplati au dehors. Un pôle de la rate n'est pas enveloppé et pend de la masse ronde, comme l'oreillette du cœur. Elle est de forme triangulaire, 7 centimètres à la base, 6 centimètres et demi de la base au sommet et 2 centimètres d'épaisseur. La surface de cette aire plissée, molle et flasque de consistance. La capsule de la rate elle-même est remarquablement amincie. Des aires de fibrose mesurant de 1 à 6 centimètres de diamètre sont à la surface. La rate est irrégulièrement amincie par la grande cavité. Le reste de la capsule de la rate couvre la cavité kystique entière. La cavité kystique mesure 21 centimètres sur 17 centimètres sur 13 centimètres. La paroi de la cavité mesure environ 2 centimètres en épaisseur. Elle est fibreuse et blanche. La cavité contient des matières friables, jaunes, blanchâtres et caséuses. La paroi interne, jaune rouge, est granuleuse et couverte d'éléments caséux.

Histologie pathologique. — La capsule de la rate est considérablement amincie. Il y a des adhérences à la surface. Les travées sont marquées. Les corps de la Malpighi ont tendance à la transformation hyaline. Les artérioles terminales ne sont pas particulièrement anormales. A travers la pulpe splénique, il y a une infiltration considérable avec des mononucléaires et de nombreux polynucléaires. On ne trouve des éosinophiles que dans le stroma. La paroi de l'abcès est faite d'un tissu dense, hyalin et fibreux,

le long du côté inférieur de la cavité il y a du tissu de granulation chronique. Ce tissu de granulation chronique montre fréquemment de petits points de foyers circonscrits qui sont mal définis et des cellules épithélioïdes avec ici et là des cellules granitées multinuclées typiques. L'image est tout à fait caractéristique d'un vieux tissu de granulation chronique tuberculeux.

Diagnostic. — Splénique et périsplénite avec abcès tuberculeux.

Deux cobayes furent inoculés avec le pus du gros abcès de la rate. L'un et l'autre moururent et à l'autopsie de nombreux nodules granuleux furent trouvés dans les poudrons, le foie et la rate, caractéristiques de la tuberculose.

* * *

OBSERVATION VI

F. TARTASAN et LASSAVE (Montpellier 1939).

J... Gabriel, âgé de 59 ans, cultivateur à St-Rémy de Provence, est dirigé le 12 janvier 1935, dans notre service à l'hôpital, par le docteur Leroy, pour des douleurs siégeant au niveau de l'épigastre.

Le début remontait à une dizaine de mois et se serait manifesté par une crise douloureuse aiguë, accompagnée de fièvre.

Depuis cette époque, le malade a perdu l'appétit, a maigri de façon progressive, si bien qu'il est en ce moment assez émacié. Au début, il vomissait fréquemment ; dans la suite, les vomissements sont devenus de plus en plus rares.

A l'examen, on constate dans l'hypocondre gauche la présence d'une masse volumineuse qui, remontant dans la cage thoracique, dépasse vers le bas le rebord costal. Son grand axe paraît dirigé de haut en bas et d'avant en arrière. Sur la ligne médiane, elle paraît se terminer brusquement par un tranchant. Elle est mate à la percussion. La consistance est uniformément dure, sans noyaux irréguliers.

L'auscultation pulmonaire est négative, il n'y a pas l'obscurité, pas de réaction pleurale à la base gauche.

Pas d'augmentation de volume du foie.

Pas d'adénopathies. Le malade est amaigri sans être particulièrement anémié.

La température, prise pendant plusieurs jours, ne dépasse pas la normale.

Le 13 janvier 1935, un examen radioscopique indique que le diaphragme est soulevé à gauche par la volumineuse tuméfaction de l'hypocondre de ce côté ; l'estomac est comme attiré dans l'hémithorax gauche.

Le 21 janvier, un nouvel examen sous écran et après ingestion de bouillie opaque, montre que les parois de l'estomac sont très souples, au palper, qu'il n'y a aucune déformation de ses contours. La transparence pulmonaire est normale, la base gauche est claire, il n'y a pas de liquide pleural, pas d'obscurité pulmonaire.

La masse de l'hypocondre gauche est donc indépendante de l'estomac, elle est située au-dessous du diaphragme que mécaniquement elle refoule vers le haut, mais qui n'est pas gêné dans ses mouvements par une réaction inflammatoire tant du côté de sa convexité que de sa concavité.

On pose donc le diagnostic d'hypertrophie de la rate, sans qu'on puisse préciser la cause de cette augmentation de volume.

Les antécédents du malade ne contribuent pas à établir un diagnostic étiologique ; ses parents sont morts très âgés ; il est père de sept enfants, nés à terme, tous vivants et bien portants à ce jour. Il n'a jamais fait de maladie sérieuse, sauf en 1918, où il fut atteint d'une grippe aiguë à allure grave. Depuis cette époque, il s'enrhume facilement l'hiver et tousse ensuite pendant plusieurs mois. Il n'a jamais craché de sang.

Après quelques jours de repos à l'hôpital, le patient demande à retourner chez lui. On lui prescrit un traitement général (arsénicaux et phosphates, etc.).

Le 7 août 1935, il est hospitalisé à nouveau dans notre service. Il n'a pas eu de crise douloureuse, mais il a complètement perdu l'appétit et il n'a plus d'activité.

La tuméfaction de l'hypocondre gauche a encore augmenté de volume, se rapprochant maintenant de l'ombilic ; elle a surtout changé de consistance. Primitivement de consistance uniformément dure, elle s'est ramollie et, à sa partie inférieure, à la hauteur du nombril, elle est devenue nettement fluctuante. On a l'impression qu'il existe une collection liquide sous la peau et que ce liquide sous-cutané est en communication avec le contenu d'une poche plus volumineuse qui occupe toute la partie supérieure gauche de l'abdomen.

La température ne dépasse pas 37°5, le pouls est de faible tension, régulier, non accéléré.

Se souvenant qu'au premier jour on avait diagnostiqué une hypertrophie splénique, on en déduit que la collection liquide actuellement constatée s'est primitivement développée dans l'intérieur de la rate et que cette collection fuse maintenant sous la peau. On songe à un kyste hydatique.

Le 9 août, on pratique une réaction de Weinberg. Le résultat est négatif.

En outre, l'absence de fièvre, la consistance molasse de la masse, sa prorogation au tissu cellulaire de la paroi abdominale, suggèrent l'idée de la possibilité d'un abcès froid.

L'examen pulmonaire et pleural reste toujours négatif.

Opération. — Le 12 août, sous anesthésie générale à l'éther, longue incision verticale sur le bord externe du muscle droit du côté gauche. Evacuation immédiate et abondante de pus jaunâtre, crémeux, bien lié, caractéristique de pus de l'abcès froid. Agrandissement de l'orifice de perforation spontanée en bouton de chemise et ouverture d'une grande cavité suppurante, d'où, par aspiration, on retire plus d'un litre de pus : assèchement de la poche.

On constate alors au centre de la cavité l'existence d'un pilier qui, inséré en arrière sur la colonne vertébrale, vient en avant soutenir la paroi antérieure en se bifurquant à la façon des rameaux d'un arbre. Ce pilier correspond assurément à la persistance du pédicule vasculaire de la rate, dont toute la substance splénique a subi une fonte purulente.

Les parois elles-mêmes de la poche sont anfractueuses, irrégulières et recouvertes de fongosités baignant dans le liquide purulent.

Nettoyage de ces parois avec un tampon de gaze imprégné de teinture d'iode. Mèche et drain. Fermeture incomplète de la paroi abdominale.

Suites opératoires simples. La température n'a jamais dépassé 38°4. Le suintement assez abondant les premiers jours, se tarit rapidement. Le quinzième jour, après l'opération, le malade déjà très amélioré, quitte le service, la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

Nous n'avons pas eu l'occasion de revoir notre opéré. Au début de janvier, le docteur Leroy, son médecin traitant, nous écrivait que son malade allait bien ; il ne souffrait plus, avait repris bon appétit et avait engraisé de cinq kilogrammes. La plaie est cicatrisée.

Examen bactériologique (laboratoire Lesbros). L'examen direct du pus recueilli aseptiquement en cours d'opération montre l'absence de bacilles de Koch et de tout autre agent microbien.

Une inoculation du pus recueilli a été faite à deux cobayes pesant respectivement 210 et 240 grammes. Le 1er octobre, les animaux sont sacrifiés. Leur poids est alors de 200 et 220 grammes. A l'autopsie, on trouve un ganglion mésentérique hypertrophié et caséeux, quelques granulations sur la rate. L'examen microscopique du pus de ce ganglion a montré la présence de bacilles de Koch. L'inoculation a donc été nettement positive.

Anatomie pathologique

La rate atteinte d'abcès froid est toujours augmentée de volume. Elle peut atteindre 2 à 3 kilogs, comme dans le cas de Peck. Dans notre cas, elle pesait 1 kg. 500.

La forme générale de la rate est peu modifiée ; et il est d'ailleurs remarquable de constater que l'hypertrophie splénique n'est pas toujours due au volume considérable de l'abcès. Les dimensions de celui-ci varient du volume d'une mandarine à celui d'une tête d'enfant.

Dans notre cas, l'abcès n'occupait que le volume d'une mandarine, alors que l'hypertrophie de la rate comblait tout l'hypocondre gauche.

La capsule externe de la rate est en général épaissie, et des adhérences sont signalées dans toutes les observations, en particulier avec le grand épiploon. On a signalé parfois des granulations et des nodules tuberculeux à la surface de la rate (Nobécourt et Nadal) : tuberculose splénique avec tubercules caséifiés et ramollis.

Le reste du parenchyme splénique est le plus souvent indemne, l'abcès étant généralement unique, comme c'était le cas chez notre malade.

Histologiquement. — La paroi de l'abcès est formée par un tissu dense, fibreux, et du côté de la cavité par un tissu de granulations avec débris caséux. On y trouve aussi de nombreuses cellules épithélioïdes et quelques cellules géantes typiques.

Aux environs immédiats de la poche, le parenchyme splénique est infiltré, les corpuscules de Malpighi perdent leur configuration générale et disparaissent dans le tissu splénique qui prend un aspect lymphoïde.

Chez notre malade, le résidu du parenchyme splénique ne présentait que des lésions de sclérose diffuse.

Pour Lassave, les vaisseaux spléniques résisteraient à l'envahissement tuberculeux, les artérioles terminales présenteraient parfois de l'endartérite, mais d'une façon générale, les gros vaisseaux artériels et veineux seraient respectés par la fonte purulente.

Le contenu de l'abcès est constitué en général par du pus séreux, grumeleux, parfois teinté de sang.

L'examen bactériologique ne montre que rarement la présence de B.K. et l'inoculation au cobaye est souvent nécessaire pour les mettre en évidence (observation de Tartanson et Lassave).

L'évolution anatomique de ces abcès froids n'a pas été poussée dans les différentes études qui leur ont été consacrées. Il semblerait que d'après la lecture des observations, l'évolution peut se présenter de deux façons :

1° — Si l'on n'intervient pas en temps voulu, le foyer tuberculeux splénique peut être le point de départ de métastases bacillaires à distance qui emprunteront la voie sanguine, laquelle est d'ailleurs la voie des autres localisations viscérales habituelles.

11° — Une deuxième éventualité d'ordre local peut se produire avant cette généralisation bacillaire : c'est la perforation en péritoine libre ou cloisonné de l'abcès tuberculeux de la rate :

a) Lorsque la perforation a lieu en péritoine cloisonné, elle peut donner lieu à un véritable abcès froid sous-phrénique gauche ; c'était le cas de l'observation de Tartanson et Lassave.

b) Lorsque la perforation a lieu en péritoine libre, elle peut inoculer le péritoine et donner lieu à une péritonite tuberculeuse généralisée. Il semble que ce fut l'évolution qui suivit l'abcès froid de notre malade : comme la perforation fut immédiatement colmatée par l'épiploon, elle évolua en quelque sorte à bas bruit et donna lieu à une péritonite tuberculeuse chronique à forme ascitique ; par la suite l'infection se propagea aux deux plèvres et donna lieu au syndrome péritonéo-pleural tuberculeux classique.

Etude clinique

ETUDE DES SYMPTOMES PUREMENT SPLENIQUES

Ce qui caractérise l'étude clinique des abcès froids de la rate, c'est leur début *lent* et *insidieux* ; l'abcès a acquis déjà, la plupart du temps, un volume important, et par conséquent évolue depuis un certain temps, lorsque le malade se décide à venir consulter son médecin.

Ce début s'est manifesté tantôt par des troubles de l'état général, souvent par de l'amaigrissement, accompagné d'un certain état anémique : pâleur, conjonctives décolorées, dysménorrhées, comme ce fut le cas des malades de Nobécourt et Nadal, de François et Lecène. Par contre, le malade de Tartanson et Lassave présenta un syndrome abdominal aigu, douloureux, accompagné de fièvre qui s'amenda progressivement et qui devait correspondre probablement à la perforation de l'abcès en péritoine cloisonné, mais à la suite de cet épisode aigu, le malade présenta des troubles de l'état général : inappétance, amaigrissement et même parfois vomissements...

D'autres fois, le début se présente sous la forme d'une splénomégalie isolée : c'était le cas des malades de Peck, de Rumold et Orr.

Notre malade s'était aperçue tout d'abord de l'augmentation de volume de son ventre, plus marquée du côté gauche, mais cette augmentation de volume abdominale avait été précédée, pendant quatre mois, d'une asthénie de plus en plus prononcée...

A LA PÉRIODE D'ÉTAT. — On est en présence d'une grosse rate, accompagnée de troubles généraux, plus ou moins importants. Les phénomènes généraux en effet s'ag-

gravent progressivement s'ils ont été les premiers en date ; la fièvre persiste ou s'allume selon les cas ; notre malade présentait de la fièvre avec grandes oscillations ; l'amaigrissement s'accroît d'autant plus que l'inappétence jointe aux troubles digestifs variés : diarrhée, etc., apporte une gêne à la nutrition de la malade. Le phénomène dominant dans ce tableau clinique, reste la splénomégalie. La rate atteint le plus souvent un volume considérable ; elle est verticale par opposition au gâteau rond de la rate paludéenne ; elle peut aller jusqu'à donner une voûture de l'hypocondre gauche, sous la forme d'une tumeur bosselée et de dureté ligneuse ; exceptionnellement, elle peut en remontant dans le thorax simuler une pleurésie ; sa mobilité est variable.

Le plus souvent lisse, régulière, indolore, elle est parfois accompagnée de douleurs spléniques.

L'EXAMEN DES AUTRES ORGANES est le plus souvent, au début, négatif :

Le foie : en particulier est normal, bien qu'on note dans quelques observations des signes d'insuffisance hépatique.

Il y a parfois de l'ascite : c'était le cas de notre malade. C'est d'ailleurs le seul cas où nous ayons retrouvé cette complication.

L'appareil pulmonaire : a paru le plus souvent indemne à cette période de l'évolution.

Par contre, on note fréquemment l'atteinte du système ganglionnaire.

LA RADIOGRAPHIE faite après insufflation colique, permettra de rapporter la présence de la tumeur de l'hypocondre gauche à une splénomégalie.

LA PÉRIODE TERMINALE est caractérisée par l'augmentation de volume de l'abcès froid ; on a signalé son ouverture spontanée à la paroi abdominale antérieure, mais on n'a pas pu retrouver pareille éventualité à la lecture des observations.

Les phénomènes généraux s'aggravent ; l'amaigrissement progressif et l'asthénie finissent par aboutir à l'état cachectique aggravé le plus souvent par la dissémination du processus tuberculeux.

L'ÉVOLUTION de l'abcès froid tuberculeux de la rate est donc très grave si un traitement chirurgical n'est pas pratiqué en temps voulu.

Théoriquement l'évolution de cet abcès peut se faire par simple ouverture :

- soit dans le péritoine.
- soit dans les organes voisins.
- soit à la peau.

En réalité, nous avons trouvé deux modes évolutifs (déjà signalés au chapitre de l'anatomie pathologique) :

- 1° - l'ouverture dans le péritoine, ou
- 2° - la généralisation du processus tuberculeux aboutissant à une granulie terminale.

LES EXAMENS DE LABORATOIRE, — auront pour but de rechercher :

1) les modifications de la formule leucocytaire, examen indispensable en présence de toute splénomégalie.

2) de montrer la nature tuberculeuse de l'affection par des moyens biologiques :

- a) — examen du sang : qui montre, soit une formule hémoleucocytaire normale, soit une légère anémie. Le chiffre des globules rouges variant de 4.000.000 à 2.500.000.
- b) — épreuves biologiques : la réaction de Besredka positive, la réaction de Vernes à la résorcine, l'intra-dermo réaction à la tuberculine positive, aiguilleront le diagnostic étiologique.
- c) — la ponction de la rate, qui peut permettre d'établir un splénogramme et d'autre part montrer la présence de l'abcès, si on a la chance de ponctionner à son niveau, ponction qui sera alors suivie d'une opération immédiate pour éviter les dangers de contamination péritonéale.

En résumé, comme l'a fort bien rappelé Lassave, dans sa thèse ; les abcès froids de la rate peuvent être diagnostiqués uniquement par ces quatre ordres de faits d'importance variable :

- 1° — l'atteinte de la rate : splénomégalie.
- 2° — l'examen clinique des organes sur lesquels aboutissent les lésions de la rate : foie, poumons, ganglions, etc...
- 3° — l'étude des phénomènes généraux qui traduisent l'infection tuberculeuse.
- 4° — les procédés de laboratoire qui portent :
 - a) sur les altérations sanguines,
 - b) sur la recherche de la nature tuberculeuse de la maladie.

Il n'existe cependant point de symptôme pathognomonique de cette affection. Les signes physiques montrent seulement l'existence d'une splénomégalie, s'accompagnant ou non d'hypertrophie hépatique.

Les symptômes généraux ne font que traduire l'atteinte de l'organisme, résultant de l'infection tuberculeuse. L'examen du sang donne des résultats inconstants : tantôt hyperglobulie, tantôt hypoglobulie.

Quant aux procédés destinés à dépister la présence du bacille de Koch, ils ne mettent pas à l'abri de toute erreur, et de toute incertitude, et même si ces épreuves sont positives, elles ne permettent nullement d'affirmer la localisation de l'agent infectieux du parenchyme splénique.

C'est par l'analyse de chacun de ces phénomènes, c'est en prenant une vue d'ensemble qu'on pourra se croire autorisé à émettre un diagnostic de probabilité.

Diagnostic différentiel

En présence d'une grosse rate suspecte de tuberculose, le diagnostic sera conduit avec une méthode rigoureuse. Il faudra établir qu'il s'agit bien d'une affection localisée à la rate, et en rechercher sa nature tuberculeuse, en la différenciant des autres affections susceptibles de présenter une symptomatologie similaire.

A — EST-CE LA RATE QUI EST AFFECTÉE ?

L'existence de l'hypertrophie splénique sera facilement reconnue. Il est aisé, le plus souvent de rapporter à la rate une tumeur occupant la partie supérieure de l'hypocondre gauche. La palpation et la percussion soigneusement pratiquées permettent d'arriver sans peine à ce résultat.

Cependant les tumeurs siégeant dans l'hypocondre gauche peuvent intéresser les organes siégeant dans cette région :

1° — *Les tumeurs rénales* : ont pour elles leur siège spécial, la sensation du contact lombaire obtenue, au moyen du palper bi-manuel. Elles déterminent des troubles urinaires et une radiographie en facilite le diagnostic.

2° — *Les cancers de l'angle colique gauche de la grosse tubérosité de l'estomac* : mais la tumeur serait moins volumineuse et s'accompagnerait de troubles digestifs. Une radiographie digestive permet de trancher le diagnostic.

3° — *Les tumeurs ou kystes de la queue du pancréas* sont très rares.

4° — *Les tumeurs pelviennes, remontées dans l'abdomen* : sont faciles à reconnaître,

5° — *Dans l'hypertrophie du lobe du foie* : la tumeur est plus médiane ; la matité est nettement transversale ; le bord inférieur présente une encoche qui sépare le lobe droit du lobe gauche.

6° — *L'intensité des phénomènes généraux pourront faire croire à une maladie infectieuse aiguë* : c'est ainsi qu'on pourra se figurer d'être en présence d'une typhoïde. Mais l'allure particulière de la maladie, l'absence de température en plateau, de taches rosées, le séro-diagnostic et l'hémoculture permettront d'éliminer la dothiementérie.

B. — L'HYPERTROPHIE SPLÉNIQUE EST-ELLE D'ORIGINE TUBERCULEUSE ?

Il est très difficile de mettre en évidence l'origine bacillaire de la splénomégalie établie.

Un hémogramme sera nécessaire pour éliminer un grand nombre de facteurs étiologiques.

1° — *On discutera d'abord toutes les splénomégalias évoluant isolément, sans participation appréciable du foie* :

1° — *Les splénomégalias du paludisme* seront reconnues par l'existence de nombreux accès antérieurs, par la présence d'hématozoaires de Laveran dans le sang, et le succès thérapeutique obtenu par la quinine.

2° — Dans d'autres cas, la splénomégalie que l'on peut voir survenir isolément au cours de la syphilis héréditaire tardive peut prêter à confusion. On se basera sur les antécédents spécifiques négatifs ; le traitement d'épreuve fait fondre ces rates.

3° — *Les tumeurs bénignes de la rate* : fibrome, angiome, lymphangiome sont très rares.

4° — *La mycose de la rate*, ne s'observe que dans des pays déterminés : Afrique du Nord et Egypte : rien dans les antécédents, la symptomatologie, l'évolution, n'est en mesure de fournir une réponse satisfaisante en faveur des rates mycosiques.

5° — *Le kyste hydatique surtout*, localisé à la rate, Quenu et Baudet dans le cas rapporté, avaient diagnostiqué un kyste hydatique. Des deux formes classiques décrites

par Dieulafoy, le type ascendant à développement thoracique exclusivement, ne pourra induire en erreur. En effet la tuberculose de la rate a une évolution presque uniquement abdominale. Le diagnostic se fera surtout avec les kystes à type descendant ; mais la rate tuberculeuse est beaucoup plus bosselée que la rate kystique, sa consistance à la palpation est d'une dureté uniforme, quasi ligneuse. Le kyste donne au contraire une sensation de rénitence en général et dans certains points, on peut déceler un certain degré de fluctuation. On peut percevoir parfois le frémissement caractéristique dans ce kyste. Ce frémissement ne s'observe jamais dans la tuberculose. Les réactions de Weinberg, l'intra-dermo réaction de Casoni seront d'une très grande utilité, ainsi que la radiographie qui permettra de noter une ombre nettement délimitée en cas de kyste hydatique.

Notons enfin que dans le kyste, l'état général reste bon, tandis qu'il est altéré plus rapidement lors d'une atteinte bacillaire de l'organe.

II — On discutera en second lieu des *splénomégalias associées à une légère anémie* et nous éliminerons facilement grâce à un hémogramme : certains syndromes spléno-hématiques, syndromes spléno-hépatiques et syndromes spléno-ganglionnaires.

III — On discutera des splénomégalias évoluant avec participation appréciable du foie :

1) *L'épithélioma de Gaucher* : ici on a une augmentation considérable du volume du foie, s'accompagnant d'ictère, ce qu'on ne voit jamais en cas de tuberculose de la rate. La fièvre est rare dans la maladie de Gaucher, qui par ailleurs apparaît dans l'enfance, persiste jusqu'à l'âge adulte, et s'accompagne secondairement de troubles digestifs.

2) *La maladie de Banti* : qui à plusieurs phases de son évolution est superposable à la tuberculose splénique. A la période de début lorsque la splénomégalie est isolée ou que cette dernière s'accompagne de légère hypertrophie et de troubles digestifs, la maladie de Banti a été souvent confondue avec une rate tuberculeuse. Quelques nuances cliniques nous aiguilleront vers une étiologie phymateuse :

la coexistence de tuberculose torpide, osseuse ou ganglionnaire, la fièvre symptôme inhabituel dans la maladie de Banti.

IV — Nous discuterons enfin une autre cause de splénomgalie : le *kala-azar*. Nous le discuterons en raison de l'apparition d'un foyer méditerranéen occidental à partir duquel sont nés des cas autochtones. La pratique systématique de la formol leuco-gélification, de la réaction de Chopra et Gupta à l'urée-stibamine et de la ponction sternale, permettra de rattacher une splénomégalie considérable à une leishmaniose viscérale.

La voie d'abord utilisée le plus fréquemment a été l'incision de Lecène ou l'incision sous-costale gauche de Kocher. Cette voie d'abord paraît préférable lorsqu'il s'agit d'une splénomégalie volumineuse et que l'on peut prévoir des adhérences nombreuses. Elle donne un jour plus grand sur le pédicule splénique, ce qui peut permettre de faire la ligature préalable de l'artère splénique en cas de péricapnité très prononcée.

On ne manquera pas chez les malades affaiblis déjà par l'atteinte tuberculeuse grave, de mettre en évidence les soins pré et post-opératoires habituellement utilisés dans la chirurgie splénique, en particulier de petites transfusions sanguines pré et post-opératoires rendront les suites plus favorables.

Traitement

En présence d'un abcès froid primitif de la rate, il est nécessaire d'intervenir chirurgicalement car le pronostic est grave si l'affection évolue isolément.

Il est cependant nécessaire de s'enquérir de l'intégrité de la cellule hépatique et de la non existence d'une généralisation tuberculeuse. En cas d'hypertrophie du foie ou de généralisation tuberculeuse, l'opération n'a aucun résultat, l'intervention de choix est l'exérèse totale de la rate.

Les adhérences cependant sont l'écueil de la chirurgie splénique. La recherche de la mobilité de la rate, doit être faite soigneusement. Il est cependant des cas limites et la laparotomie trouve là son indication. Certains chirurgiens ont du, en présence d'adhérences associées à la forme pseudo kystique se contenter de la marsupialisation (Qjenu et Baudet). Cependant la splénotomie n'est qu'un procédé d'exception, en cas d'adhérences très prononcées, car il est impossible à ce moment là de faire une splénectomie.

Résultats éloignés

La guérison fut complète au bout de 4 mois chez la malade de Quenu et Baudet.

La malade de François était très bien portante 18 mois après l'opération.

Dans le cas rapporté par Rumold et Orr, la malade mourut au 82^e jour.

Dans le cas rapporté par Lassave, l'état général était satisfaisant six mois après l'intervention.

Dans le cas que nous rapportons, le résultat fut moins heureux puisque notre malade succomba sept jours après l'opération.



Conclusions

- 1° — Les abcès froids primitifs de la rate sont exceptionnels. Un examen clinique et biologique complet est nécessaire car la symptomatologie de cette affection n'est pas caractéristique.
- 2° — Le diagnostic en est très difficile.
- 3° — Si l'intervention chirurgicale est pratiquée en temps voulu, on en améliore le pronostic.
- 4° — La splénectomie est l'intervention de choix.
- 5° — En cas d'adhérences très prononcées, la splénotomie, quoique moins brillante, a quelques succès à son actif.

Lu et approuvé
Le Président de Thèse,
FIOLLE

Vu et approuvé
Le Doyen
L. CORNIL.

Vu et permis d'imprimer
Aix, le 16 Décembre 1942

Le Recteur
MARTINO

Bibliographie

- ACHARD et CASTAIGNE. — Tuberculose primitive de la rate. *Soc. Med. Hôp.* Paris 9 juin 1889, p. 557.
- ALBRECHT. — Isolierte Milz tuberkulose. *Wiener Med. Woch.*, 1908, p. 2854.
- AUCHE. — Tuberculose primitive de la rate. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1901, p. 381.
- BAYET. — Über die primäre tuberkulose der Milz. *Mitt. aus. den Grenz d. Med. u. chir.*, 1904, XIII, p. 523.
- BENDER. — La tuberculose de la rate. *Gaz. des Hôpit.*, 1900, p. 305-407.
- BÉRARD et DUNET. — Splénectomie pour splénomégalie probablement tuberculeuse. *Soc. chir. Lyon*, 22 juin 1922 (785-787).
- BIANCHI. — Contributo allo studio anatomo patologico della splénomegalia tuberculare. *Morgagni Milano*, 1912, p. 3-14.
- BLOCH. — Contribution à l'étude anatomo-clinique de la tuberculose de la rate. *Thèse Paris*, 1907.
- CARLING and HICKS. — Two cases of tuberculous splénomegaly. *Br. Med. Journ.* London, 1925, p. 291.
- CHAUFFARD. — Sur un cas de splénomégalie tuberculeuse. *J. Med. et de Chirurg. pratique*, 1903, p. 291.
- CIACCIO. — Primäre tuberkulose der Milz. *Deutsch Zeit. f. chir.* 1909, p. 464.
- COLLET et GALLAVARDIN. — Tuberculose massive et primitive de la rate. *Arch. de Med. Exp. et d'anatomie pathol.* Mars 1901, p. 191.
- COYON, CLOGG et Mlle BRUN: — Sur un cas de tuberculose de la rate, accompagnée de polycythémie. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 21 janvier 1927.
- DE AZEVEDO SODIE (A.A.). — Sobre un caso de tuberculose primitiva do baco. *Brazil Med. Rio de Jan.* 1917, XXXI, pp. 337-341.

- L. DEBREZ. — Tuberculose de la rate. Splénectomie. *Liège Médical*, 11 novembre 1928, p. 510.
- ESSER. — Uber isolierte Milz tuberkulose. *Virchow's Arch. f. path. anat.*, Berlin 1924, pp. 695-705.
- FLANDRIN. — Une lésion splénique nouvelle. Nodules de Gandy-Gamina centrés par un follicule tuberculeux, scléro-caséux. *Thèse Paris*, 1930, *Sang*, 1931, p. 271.
- FRANÇOIS (cité par LECÈNE). — Tuberculose de la rate à forme d'abcès froid. Splénectomie. Guérison. *Soc. de Chirurgie de Paris*, 27 juin 1933.
- GABRIEL. — Primary Tuberculosis of the spleen. *Proc. of. the Royal Soc. of Med.*, 1933, p. 375.
- GOURION, MONDON, LAHILLOMME et BERGE. — Sur un cas de tuberculose splénique. *Bull. Soc. Path. exot.*, 1936, p. 474.
- GRAVIER et PUIG. — Un cas de tuberculose spléno hépatique primitive. *Lyon-Méd.* 27 juin 1929.
- HOUCKE. — Etude histologique des splénomégalias tuberculeuses. *G. R. Soc. Biol.* 1927, p. 697 et 1928, p. 517.
— Contribution à l'étude anatomo-pathog. de la tuberculose de la rate. *Thèse de Lille*, 1928.
- JEANSELME et P. Emile WEIL. — Cirrhose hypertrophique tuberculeuse de la rate. *Soc. Med. Hôp. Paris*, 21 oct. 1904, p. 981.
- KINDBERG et MAY. — Un cas de splénomégalie tuberculeuse avec anémie. *Arch. Med. exp.* Mars 1912, n° 2.
- LAMBERT et BOTTIN. — Tuberculose primitive de la rate ; splénectomie. Guérison. *Liège Médical*, 22 mars 1931, p. 385.
- LASSAVE. — *Thèse Montpellier*, 1938.
- LEFAS. — La tuberculose primitive de la rate. Contribution à l'étude de l'hyperglobulie. *Thèse de Paris*, 1903.
- LERFBOULLET et FAURE BEAULIEU. — Splénomégalie tuberculeuse et gastrorragies. *Revue de la tuberculose*. Oct. 1911, p. 269.
- LORRAIN. — Grosse rate tuberculeuse. *Bull. Soc. Anat.* 13 février 1903, p. 150.
- MAGNAC. — Contribution à l'étude de la tuberculose chirurgicale de la rate. *Thèse Paris*, 1923.
- MARICONDA. — Sopra un caso de tuberculose della milza a grossi nodi caseosi. *Il Policlinico Sez. Med.*, 1er octobre 1931.
- MOUTARD MARTIN et LEFAS. — Tuberculose primitive et massive de la rate. *S.M.H. Paris*, 9 juin 1889.

NOBÉCOURT et NADAL. — Splénomégalie tuberculeuse, volumineux tubercules spléniques caséux et ramollis. *Bull. Soc. Ped.*, 20 juin 1922.

PECK. — Tuberculous cyst. of the spleen ; splenectomy, recovery.

Tr. south. Sinzery, ass. 1923 et *Philæ* 1924, XXXVI, pp. 349-353

PIERY. — Histoire de la tuberculose splénique. *Arch. des mal. du cœur*, 1907, p. 102.

PRICE et JARDINE. — Primary tuberculous of the spleen. Its clinical resemblance to Banti's disease, with a report of 3 cases. *Ann. Intern. Med.* 1931, p. 1574.

QUENU et BAUDET. — La tuberculose primitive de la rate. *Revue de gyn. et de chirurgie méd.* Mars 1898, p. 317.

RENDU et VIDAL. — Splénomégalie tuberculeuse sans leucémie avec hyperglobulie et cyanose. *S.M.H.P.* 2 juin 1899.

RIBADEAU-DUMAS. — Sur certaines formes de splénomégalies tuberculeuses. *Revue des mal. de l'enfance*. Août 1907, p. 349.

RUMOLD et ORR. — *Annals of Surgery*, 3 sept. 1932.

SALOMON et DORAN (W. I.). — Tuberculose primitive de la rate. *New-York State J. Med.*, n° 15, 1288-1295, July 1939.

SCEMAMA Jacobj. — Les splénomégalies tuberculeuses. *Thèse*, Paris 1938.

VILLARD et SANY. — Splénectomie pour tuberculose massive de la rate. *Soc. Med. Hôp. Lyon*, 11 décembre 1912.

Emile WEIL P. — La tuberculose de la rate. *Paris Médical*, 1912, n° 27.

WINTERMITZ. — Tuberculosis of the spleen. *The arch. of Int. Med.* 1912, IX, p. 620.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'ins'truction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
